

## Unterstützungsvertrag

### Versicherte Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Nationalität \_\_\_\_\_

### Lebenspartner/in

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Nationalität \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_

1. Die Parteien haben von Ziffer 5.5.7 des Vorsorgereglements Kenntnis genommen.
2. Die Parteien bestätigen, seit \_\_\_\_\_ einen gemeinsamen Haushalt zu führen und seit jenem Datum ohne Unterbruch zusammenzuleben.
3. Die Parteien bestätigen, unverheiratet zu sein; zwischen ihnen besteht keine Verwandtschaft.
4. Die Parteien nehmen zur Kenntnis, dass die PROSPERITA die endgültige Prüfung der Anspruchsvoraussetzung erst im Leistungsfall vornimmt (der Nachweis des Zusammenlebens muss durch den Vermieter oder die Einwohnerkontrolle erbracht werden).
5. Die Parteien verpflichten sich, der PROSPERITA unverzüglich jede Änderung zu melden.
6. Änderungen des Vorsorgereglements bleiben vorbehalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Lebenspartner/in